

ISTANZA PER LA RICHIESTA DEL PROGETTO DI VITA

(ai sensi del D.Lgs. n. 62/2024)

Al Comune di Gagliano del Capo (Comune Capofila dell'ATS di Gagliano del Capo)

c/o Comune di _____

c/o PUA _____

c/o altro Ente _____

DATI DEL RICHIEDENTE

Il/La sottoscritto/a:

Nome e Cognome: _____

Nato/a a: _____ il: _____

Codice Fiscale: _____

Residente in: _____

Via/Piazza: _____

CAP: _____ Città: _____ Provincia: _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

Email: _____

PEC: _____

QUALIFICA DEL RICHIEDENTE

- ☐ Persona con disabilità (richiedente in proprio)
- ☐ Genitore/Tutore/Amministratore di sostegno della persona con disabilità

DATI DELLA PERSONA CON DISABILITÀ

(da compilare solo se il richiedente agisce per conto di altra persona)

Nome e Cognome: _____

Nato/a a: _____ il: _____

Codice Fiscale: _____

Residente in: _____

Via/Piazza: _____

Relazione con il richiedente: _____

☐ Altra certificazione:

Preferenza per le comunicazioni:

- ☐ Via email ordinaria
 - ☐ Via PEC
 - ☐ Via posta ordinaria
 - ☐ Telefonica
-

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA

- ☐ Copia del verbale di riconoscimento della disabilità/invalidità
 - ☐ Copia del documento di identità del richiedente
 - ☐ Copia del documento di identità della persona con disabilità (se diversa dal richiedente)
 - ☐ Documentazione relativa alla rappresentanza legale (se applicabile)
 - ☐ Proposta di progetto di vita (facoltativo)
 - ☐ Altra documentazione: _____
-

INFORMATIVA PRIVACY

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e autorizza il trattamento dei propri dati personali e di quelli della persona con disabilità per le finalità connesse alla presente istanza.

DICHIARAZIONE E FIRMA

Il/La sottoscritto/a dichiara che le informazioni fornite nella presente istanza sono veritiere e conformi a verità, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci.

Data: _____

Firma del richiedente

Note: Per informazioni: contattare l'Ufficio Servizi Sociali del proprio Comune o l'Ambito Territoriale Sociale di Gagliano del Capo al numero 0833/798329